

## Регистрация / лист анамнеза

Пожалуйста, перед обращением соответствуют и отдают

Имя(Фамилия), имя	Год рождения:
Улица / номер дома	Тел.
Место жительства / PLZ	Профессия:
Больничная касса	
Дополнительное страхование	
при частном счете, куда счет/ кому счет:	
<b>Зубной врач</b>	

**В интересе обращения без осложнения я прошу о следующих указаниях  
отмечают крестиком**

да:    нет:

1. Несете ли Вы сердечного новатора?			
2. Страдаете ли Вы часто от кровотечения из десен?			
3. Имели ли Вы или имеете одну из следующих болезней?			
a.) Астма			
b.) аллергические реакции или несовместимость медикаментов если да-на какие медикаменты:			
c.)Высокое кровяное давление			
d.) Апоплексический удар, параличи, если да когда:			
e.) Инфаркт сердца , если да когда:			
f.) Желтуха, болезни печени (гепатит А, В, С, D, если да какую форму:			
g.) Сахарный диабет если да - инсулин-обязано?			
h.) Ревматизм			
i.) СПИД			
5. Страдаете ли Вы от кровавых заболеваний или нарушений свертывания крови? ( <b>Falithrom, Marcumar, регулярный доход ASS или другие кровавые разбавители</b> )			
6. Существование в настоящее время другие болезни ? если да какой :			
7. Получаете ли Вы регулярно медикаменты? если да какой :			
8. Владеете ли Вы сердечным паспортом?			
8. Владеете ли Вы паспортом рентгена?			
9. Когда был последны рентген ?			
<b>10.Для женщин: существует ли беременность?</b>			
да:	нет:	не знаю:	если какой да месяц:

Дата:

Подпись: